



TESINA

**presentada para acceder al título de grado de la carrera de LICENCIATURA EN
KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA**

Título:

**“Abordaje kinésico conservador en mujeres adultas que atraviesan el periodo
postparto con diástasis abdominal.”**

Autor:

Serjanovich, Romina María.

Director/a:

Mangiante, Ornela.

Fecha de Presentación: 19/05/2026

Firma de Autor:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Romina', is written over a circular scribble.

RESUMEN

Introducción: La diástasis de los rectos abdominales es una condición frecuente en el embarazo y el postparto, resultado del aumento de la presión intraabdominal y de los cambios hormonales que modifican la estructura colágena de la pared abdominal. Esta alteración se caracteriza por la separación de los músculos rectos abdominales a lo largo de la línea alba y puede generar consecuencias tanto estéticas como funcionales en la mujer.

Objetivo general: El objetivo general de este trabajo es analizar, mediante una revisión bibliográfica los efectos de programas kinésicos de intervención postparto para disminuir la separación de los rectos abdominales en mujeres adultas con diástasis abdominal.

Métodos: Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron las bases de datos de PubMed y Portal Regional de la Biblioteca Virtual de Salud, seleccionando artículos durante el periodo 2015-2025. Las palabras claves fueron: Diástasis abdominal, Fisioterapia, Periodo postparto, Rectos del Abdomen, Ejercicios hipopresivos.

Resultados: Se hallaron 100 artículos, que luego de aplicar criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 12 para su análisis.

Conclusión: La evidencia analizada sugiere que las intervenciones kinésicas pueden favorecer la disminución de la diástasis de los rectos abdominales en mujeres posparto. El ejercicio físico, particularmente los abordajes activos combinados, presentó el mayor respaldo en la literatura revisada. Otras estrategias complementarias, como los agentes físicos y el kinesiotaping, sugirieron efectos favorables, aunque con evidencia limitada. No obstante, la heterogeneidad metodológica de los estudios dificulta establecer un protocolo de tratamiento estandarizado y recomendaciones concluyentes sobre el tipo de intervención, dosificación y duración óptima.

ÍNDICE

Contenido

I. Introducción.....	1
II. Objetivos.....	3
II. a. Objetivo general.....	3
II. b. Objetivos específicos.....	3
III. Marco teórico.....	4
III.a. Anatomía de la pared abdominal.....	4
III.a.1. Músculo recto del abdomen	4
III.a.2. Músculo oblicuo externo.....	4
III.a.3 Músculo oblicuo interno.....	5
III.a.4. Músculo transverso del abdomen.....	6
III.a.5. Línea alba.....	6
III.b. Cambios fisiológicos en el embarazo.....	7
III.c. Diastasis de los rectos abdominales.....	8
III.c.1. Definición	8
III.c.2. Clasificación	8
III.c.3. Prevalencia	8
III.c.4. Factores de riesgo	9
III.c.5. Métodos de evaluación:.....	9
III.c.6. Implicancias clínicas y funcionales.....	10
III.c.7. Tratamiento	12
IV. Justificación.....	14
V. Materiales y métodos.....	15
VI. Resultados.....	19
VII. Discusión.....	37
VIII. Conclusión.....	38
IX. Referencias bibliográficas.....	40

I. INTRODUCCIÓN

La diástasis abdominal se define como la separación de los músculos rectos abdominales a nivel de la línea alba, ya sea en su porción infraumbilical, supraumbilical o ambas. La línea alba es una estructura fibrosa que se extiende desde la apófisis xifoides hasta el borde superior de la sínfisis del pubis. A pesar de su solidez, esta estructura puede debilitarse, sobre todo en la mujer después del embarazo. Una revisión reciente de la International Endohernia Society propuso clasificar la diástasis de los rectos según su ubicación a lo largo de la línea media: subxifoidea, epigástrica, umbilical, infraumbilical o suprapúbica. Asimismo, la clasifican según su tamaño: un ancho menor de 3 cm se considera leve, entre 3 y 5 cm moderada y mayor de 5 cm grave. (1,2)

Entre los factores de riesgo más relevantes y plausibles asociados con la diástasis abdominal se encuentran el número de partos, el índice de masa corporal (IMC) y la presencia de diabetes. Aunque esta condición puede presentarse tanto en hombres como en mujeres con obesidad o antecedentes de cirugías abdominales, su aparición es más frecuente en mujeres embarazadas, debido al aumento de la presión intraabdominal que típicamente se produce durante la gestación. (3) Se estima que aproximadamente el 40 % de las mujeres desarrollan algún grado de diástasis de los rectos abdominales durante el segundo trimestre del embarazo, intensificándose en el tercer trimestre y en el postparto inmediato. (4)

Esta condición se relaciona con una respuesta fisiológica natural en el cuerpo de la embarazada para adaptarse a los cambios que genera el crecimiento fetal. Durante la gestación, los tejidos de la pared abdominal se distienden progresivamente para adaptarse al aumento del volumen intraabdominal. Si bien las fibras musculares permiten cierto grado de estiramiento, son principalmente los componentes colágenos—como la aponeurosis, las vainas fibrosas, las intersecciones tendinosas y la línea alba— los que experimentan modificaciones estructurales, mediadas por la acción hormonal, que permiten una extensibilidad adicional y transitoria. Entre las hormonas implicadas en este proceso se destacan los estrógenos, la progesterona, los corticoides endógenos y, especialmente, las relaxinas. (5)

Con respecto al diagnóstico, la palpación es uno de los métodos más utilizados en la práctica clínica debido a su fiabilidad. También se emplean calibradores digitales de nylon, que son fáciles de manejar y permiten una medición objetiva del ancho de la separación. Sin embargo, la ecografía es considerada el gold standard, ya que se ha mostrado como un método confiable especialmente cuando es realizada por

ecografistas experimentados. (6) La tomografía computarizada (TAC) y la resonancia magnética (RM) también pueden utilizarse para evaluar la diástasis abdominal. (7)

Las opciones terapéuticas para la diástasis abdominal varían desde intervenciones conservadoras, como el ejercicio terapéutico, hasta procedimientos quirúrgicos.(2) En el postparto tardío, algunos casos pueden resolverse con el engrosamiento progresivo de la línea alba, mientras que otros prevalecen y generan alteraciones tanto estéticas como funcionales que pueden ser corregidas quirúrgicamente.(4) Dentro de las opciones quirúrgicas existen tres abordajes principales: plicatura de la línea alba, plicatura con refuerzo de malla y abdominoplastia. Las dos primeras pueden realizarse mediante abordaje abierto o endoscópico, mientras que la abdominoplastia se efectúa exclusivamente por vía abierta. (8)

Respecto al tratamiento conservador, la kinesiología desempeña un papel fundamental a la hora de prevenir o reducir los efectos de esta patología. Entre las herramientas utilizadas se encuentran los ejercicios de fortalecimiento, los ejercicios hipopresivos, el kinesiotaping (9) y la electroestimulación neuromuscular. (10)

A pesar de la variedad de intervenciones conservadoras propuestas para el abordaje de la diástasis de los rectos abdominales, persiste la necesidad de analizar qué evidencia científica respalda estas estrategias y cuáles podrían favorecer su disminución en mujeres posparto. En este contexto, surge el siguiente interrogante de investigación: ¿Qué evidencia científica respalda la efectividad de las intervenciones kinésicas para disminuir la diástasis de los rectos abdominales en mujeres posparto?

II. OBJETIVOS

II.a. Objetivo general:

El objetivo general de este trabajo es analizar, mediante una revisión bibliográfica los efectos de programas kinésicos de intervención postparto para disminuir la separación de los rectos abdominales en mujeres adultas con diástasis abdominal.

II.b. Objetivos específicos:

- Describir las principales técnicas utilizadas en el tratamiento conservador de la diástasis abdominal en mujeres en el periodo postparto.
- Analizar la efectividad de cada intervención según la evidencia científica disponible.
- Determinar el impacto de las intervenciones kinésicas sobre la funcionalidad y la anatomía de la pared abdominal.

III. MARCO TEÓRICO

III.a. Anatomía de la pared abdominal:

La pared abdominal está conformada por un conjunto de músculos que rodean el tronco y cumplen funciones fundamentales en la postura, la contención visceral y la regulación de la presión intra abdominal. Entre ellos se destacan: el recto del abdomen, el oblicuo externo, el oblicuo interno y el transverso del abdomen. (11)

III.a.1. Músculo recto del abdomen

Es un músculo acintado, situado anteriormente, lateral a la línea alba, extendido desde la parte anteroinferior del tórax hasta el pubis. Su inserción superior se divide en tres lengüetas: la lateral se fija en el borde inferior del 5° cartílago costal, la media en el borde inferior del 6° cartílago y la medial en el borde inferior del 7° cartílago, prolongándose hasta la apófisis xifoides. Las fibras musculares, orientadas de arriba hacia abajo, forman un músculo que se estrecha hacia el pubis y se encuentra interrumpido por intersecciones tendinosas.(11)

Su inserción inferior se halla sobre el cuerpo del pubis, entre la espina y la sínfisis, mediante un tendón plano y cuadrilátero, bastante corto. Este músculo es superficial, y en los individuos delgados y musculosos su contorno es perfectamente visible bajo la piel de la pared abdominal, al igual que las intersecciones tendinosas que lo marcan. Está rodeado por una vaina fibrosa muy resistente, sobre la que convergen lateralmente las aponeurosis de inserción de los tres músculos anchos: oblicuo externo, oblicuo interno y transverso del abdomen.(11)

Medialmente, las fibras constitutivas de la vaina de los dos músculos rectos del abdomen se reúnen y forman la línea alba.(11)

III.a.2. Músculo oblicuo externo

El músculo oblicuo externo es un músculo ancho y plano, situado en la parte anterolateral del abdomen. Su origen se encuentra en la cara lateral externa y el borde inferior de las siete u ocho últimas costillas, mediante digitaciones que conforman una línea dentada orientada de arriba hacia abajo, de adelante hacia atrás y lateralmente. Estas digitaciones se entrecruzan con las del músculo serrato anterior y el dorsal ancho.(11)

Desde su origen costal, se expande en abanico y se dirige a la vez hacia abajo, adelante y medialmente. Los fascículos superiores son horizontales, los fascículos inferiores y posteriores son verticales y los fascículos medios son oblicuos. (11)

Sus inserciones terminales se realizan mediante una hoja tendinosa de inserción, la aponeurosis del músculo oblicuo externo, que se fija:

Adelante: al borde lateral de la vaina de los músculos rectos del abdomen. En esta región, la aponeurosis se adhiere firmemente a la hoja anterior de la aponeurosis del músculo oblicuo interno, excepto en su parte inferior, próxima al pubis, donde solo se aplica sobre ella. Las fibras de esta aponeurosis se entrecruzan en la línea media con las del lado opuesto, contribuyendo junto con otras aponeurosis a la formación de la línea alba, que se extiende desde la apófisis xifoides hasta la sínfisis del pubis.(11)

Abajo: el extremo inferior de la aponeurosis se inserta en el pubis y en la cresta ilíaca. En la región medial forma cintillas fibrosas que delimitan el anillo inguinal superficial. Estas cintillas se organizan en dos pilares:

- El pilar lateral, formado por una banda fibrosa de unos 5 mm de ancho, con trayectoria helicoidal, concavidad superior y medial.
- El pilar medial, constituido por fibras de la aponeurosis que se sitúan mediales al anillo inguinal superficial, pasando por delante de la vaina del recto del abdomen y entrecruzándose con las del lado opuesto.(11)

El ángulo formado entre ambos pilares está ocupado por un conjunto de fibras arciformes denominadas fibras intercrurales (o fibras de Nicaise). Estas fibras se extienden entre los pilares para reforzar la aponeurosis, formando un "lado" que estabiliza el anillo inguinal superficial. Las más laterales son de concavidad superior, mientras que las más mediales presentan concavidad inferior.(11)

III.a.3 Músculo oblicuo interno

Profundo con respecto al oblicuo externo, ocupa el espacio iliocostal. La dirección de sus fibras se cruzan en forma de X con las del oblicuo externo, ya que se orientan oblicuamente hacia arriba, adelante y medialmente. (11)

Su origen incluye: apófisis espinosas de las últimas vértebras lumbares, fascia toracolumbar (hoja posterior), cresta ilíaca por dentro del músculo oblicuo externo, espina ilíaca anterior superior y tercio lateral del ligamento inguinal, profunda al músculo oblicuo externo. (11)

Sus inserciones terminales se extienden desde la 12ª costilla hasta el pubis, formando la aponeurosis anterior y posterior. La hoja anterior pasa delante del recto del abdomen y se fusiona con la aponeurosis del oblicuo externo, mientras que la hoja posterior pasa detrás del recto y se fusiona con la aponeurosis del transverso del abdomen; ambas confluyen en la línea alba, contribuyendo a su integridad y a la

estabilidad de la pared abdominal, elementos fundamentales en la prevención o aparición de la diástasis abdominal.(11)

III.a.4. Músculo transverso del abdomen

Situado en un plano profundo con respecto al oblicuo externo e interno, su denominación se debe a la dirección de sus fibras.(11)

Se origina en la cara medial de las seis últimas costillas, en las apófisis transversas o costales de las vértebras lumbares desde la 12ª torácica a la 5ª lumbar por intermedio de la fascia toracolumbar, en los tres cuartos anteriores del labio medial de la cresta ilíaca y en el tercio lateral del ligamento inguinal.(11)

Sus fibras musculares se dirigen en sentido transversal a la región anterior, donde se continúan con una hoja tendinosa, la aponeurosis anterior del músculo transverso del abdomen. El borde lateral de esta hoja forma la línea semilunar (de Spiegel) de concavidad medial. (11)

La aponeurosis del transverso se inserta en la línea alba tras pasar por detrás del músculo recto del abdomen en sus dos tercios superiores, y por delante de él en el tercio inferior.(11)

En cuanto a los fascículos inferiores originados en el ligamento inguinal y en la espina ilíaca antero superior, se dirigen abajo y medialmente. Forman un tendón denominado hoz inguinal, que se inserta en el pubis por delante del músculo recto del abdomen en la cresta pectínea. Cuando se une y se confunde con las fibras del músculo oblicuo interno, se forma el tendón conjunto. (11)

III.a.5. Línea alba

Es una hoja fibrosa tendida entre el borde medial de los dos músculos rectos del abdomen. Se extiende en sentido vertical desde la apófisis xifoides, por arriba, hasta el borde superior de la sínfisis pubiana, por abajo. Ancha en la parte superior hasta el ombligo, por debajo de éste se vuelve estrecha y lineal.(11)

Está formada por el entrecruzamiento, en la línea media, de los fascículos fibrosos provenientes de las aponeurosis que constituyen la vaina del músculo recto del abdomen de cada lado. Las capas, anterior y posterior, se reúnen allí, confiriendo gran solidez a la línea alba. (11)

En su parte inferior y posterior está reforzada por un fascículo longitudinal implantado en la sínfisis pubiana abajo, que se adelgaza de manera progresiva ascendiendo en dirección al ombligo: es el adminículo de la línea alba. Se lo observa examinando la pared abdominal por su cara posterior. De forma triangular, con base

inferior y vértice superior en la línea media, su base se inserta sobre la vertiente posterior del borde superior del pubis y de la sínfisis pubiana, y se prolonga lateralmente sobre la rama horizontal del pubis para entremezclarse con fibras que constituyen el ligamento pectíneo.(11)

A pesar de su aparente solidez, puede presentar áreas de debilidad: en la parte superior, depresiones paraumbilicales o pequeños orificios permiten la formación de hernias, mientras que en la porción inferior los rectos pueden separarse, especialmente en mujeres tras múltiples embarazos, dando lugar a la diástasis de los músculos rectos.(11)

Su función principal es mantener los músculos abdominales, especialmente los rectos del abdomen, próximos entre sí. La LA participa activamente en la estabilidad del tronco, ya que actúa como punto de anclaje para los músculos abdominales, permitiendo la transmisión de fuerzas entre ellos y contribuyendo al mantenimiento de la postura y al control del movimiento del tronco. Además, juega un papel crucial en la regulación de la presión intraabdominal, lo que ayuda en funciones respiratorias, viscerales y durante actividades que requieren esfuerzo, como la defecación, la tos o el levantamiento de cargas. (12)

III.b. Cambios fisiológicos en el embarazo

Durante el embarazo, se producen numerosos cambios anatómicos y fisiológicos que permiten el adecuado desarrollo fetal, la preparación para el parto y la lactancia. Los tejidos de la pared abdominal se distienden progresivamente para adaptarse al aumento del volumen intraabdominal; si bien las fibras musculares permiten cierto grado de estiramiento, son principalmente los componentes colágenos —como la aponeurosis, las vainas fibrosas, las intersecciones tendinosas y la línea alba— los que experimentan modificaciones estructurales mediadas por hormonas como los estrógenos, la progesterona, los corticoides endógenos y, especialmente, las relaxinas, permitiendo una extensibilidad adicional y transitoria. (5,13)

Estas modificaciones también afectan el aparato locomotor y la postura de la gestante. A medida que avanza la gestación, se produce una hiperlordosis para compensar el desplazamiento del centro de gravedad, junto con una separación de los pies para aumentar la base de apoyo. La laxitud de las articulaciones pélvicas, inducida por la progesterona y la relaxina, facilita el paso del feto por el canal del parto. Además, la tensión y distensión de la pared abdominal pueden llevar a la separación

de los músculos rectos del abdomen en la línea media, originando la diástasis de los músculos rectos. (5,13)

III.c. Diastasis de los rectos abdominales

III.c.1. Definición

Se define como diástasis del recto abdominal (DRA) a la separación de los músculos rectos del abdomen a lo largo de la línea alba. La separación de la línea alba da lugar a la formación de un espacio entre ambos músculos, conocido como distancia interrectos. Este espacio puede variar en amplitud y suele medirse para evaluar la severidad de la diástasis.(1)

III.c.2. Clasificación

Una revisión reciente de la International Endohernia Society propuso clasificar la diástasis de la siguiente manera:

Según su ubicación a lo largo de la línea media: subxifoidea, epigástrica, umbilical, infraumbilical o suprapúbica. (2)

Según su tamaño: leve (cuando el ancho es menor a 3 cm), moderada (cuando la separación oscila entre 3 y 5 cm) y severa (cuando supera los 5 cm). (2)

III.c.3. Prevalencia

La DRA ocurre con mayor frecuencia durante el embarazo. (3) Alrededor de 40% de las mujeres embarazadas desarrollan algún grado de diástasis de rectos durante el segundo trimestre de gestación, siendo aún más intenso a lo largo del tercer trimestre y durante el postparto inmediato. El segmento de la pared abdominal más afectado corresponde al área periumbilical.(4)

A lo largo del postparto tardío, algunos casos se resuelven al acortarse y engrosarse la línea alba; no obstante, otros casos prevalecen y generan alteraciones tanto estéticas como funcionales, que pueden ser corregidas mediante procedimientos quirúrgicos.(4)

III.c.4. Factores de riesgo

Hasta la fecha, no existe un consenso definitivo sobre los factores de riesgo de la diástasis de los rectos abdominales (DRA); (3) sin embargo, se han identificado varios elementos asociados a su aparición, entre ellos se destacan:

- Edad materna avanzada: el aumento de la edad materna se asocia con una mayor prevalencia de diástasis de los rectos abdominales. (7)
- Multiparidad: el embarazo es un factor de riesgo para la DRA y, además, cuanto mayor es el número de embarazos que ha tenido una mujer, más probable es que desarrolle DRA. (3)
- Obesidad: el aumento ponderado de peso puede hacer que los músculos rectos del abdomen se separen cada vez más por encima del ombligo.(7)
- Presencia de diabetes: la diabetes puede causar pérdida de masa y función muscular, así como sarcopenia. Los cambios en el recto abdominal causados por la diabetes pueden tener dos mecanismos: la diabetes podría contribuir a una alteración de la fosforilación oxidativa mitocondrial y del ensamblaje de hipercomplejos en las fibras musculares del recto abdominal. También podría inducir cambios en la estructura muscular al reducir las fibras rápidas y aumentar las lentas.(3)
- Realización de cesárea (7)

III.c.5. Métodos de evaluación:

Se pueden emplear diferentes técnicas como: la palpación, calibradores digitales, ecografía, tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM).

III.c.5.1 Palpación

Consiste en el uso de los dedos para sentir los bordes mediales de los músculos rectos abdominales. El diagnóstico se realiza según la cantidad de dedos que pueden insertarse en dicho espacio. Sin embargo, no existen pautas estándar sobre la posición de los dedos palpadores en relación con la distancia desde el ombligo, ni sobre la posición inicial del paciente. No obstante, esta técnica es fácil de realizar y no requiere entrenamiento especializado. (14)

III.c.5.2. Calibradores digitales de nylon

Los calibres digitales consisten en colocar las mandíbulas internas de medición en la misma ubicación donde se colocan los dedos durante la palpación, es decir, en los bordes mediales de ambos vientres musculares rectos abdominales, y se leen los valores en una pantalla. Este instrumento tiene la ventaja de ofrecer claridad gracias a su pantalla de cristal líquido y no requiere recalibración. Sin embargo, su uso puede verse limitado por la necesidad de baterías alcalinas, así como por su sensibilidad a los cambios climáticos.(13)

III.c.5.3. Ecografía

La ecografía se presenta como un método de diagnóstico no invasivo, accesible, de bajo costo y que puede repetirse cuantas veces sea necesario. En comparación con otras técnicas de imagen como la tomografía computarizada o la resonancia magnética, la ecografía presenta un campo de visión más reducido, pero sigue siendo una herramienta de gran utilidad clínica, especialmente en el ámbito ambulatorio y en la evaluación preoperatoria.(14)

III.c.5.4. Resonancia magnética

La resonancia magnética puede ser utilizada, sin embargo, no es común para evaluar la pared abdominal anterior y de solicitarse debe especificarse que es sin contraste y con enfoque en tejido blando anterior. (7)

III.c.5.5. Tomografía computarizada

La tomografía computarizada (TC) abdominal también se puede emplear para determinar con precisión la distancia entre rectos y definir mejor la anatomía de la pared abdominal.(7)

III.c.6. Implicancias clínicas y funcionales

Tradicionalmente, la diástasis de los rectos abdominales se consideraba un problema meramente estético, caracterizado por una protrusión abdominal asintomática en la línea media al aumentar la presión intraabdominal. Sin embargo, en la actualidad se reconoce que la separación de los músculos rectos puede comprometer significativamente la función de la pared abdominal, la cual cumple un rol esencial en la estabilidad lumbopélvica, la respiración, la micción y la defecación.(8)

La diástasis abdominal es el factor de riesgo más importante para la aparición de hernias de línea media y de la recidiva tras su reparación, por lo que ambas lesiones deben corregirse de forma simultánea. (8)

Entre los síntomas más frecuentes asociados a la diastasis se incluyen:

- Debilidad de la pared abdominal: la separación de los músculos rectos del abdomen altera las propiedades biomecánicas de la pared abdominal, generando debilidad de la musculatura y disminución de la estabilidad del core. (8)
- Dolor lumbar: debido a la inserción de la musculatura oblicua en la fascia toracolumbar, cuando ésta se relaja, la lordosis lumbar aumenta, lo que puede provocar dolor. (8)
- Insuficiencia del suelo pélvico / incontinencia urinaria: el vector de fuerza de la contracción de la pared abdominal, que normalmente se dirige hacia el suelo pélvico, se desvía hacia la zona anterior del periné en presencia de DR. Esta desviación disminuye la eficacia de la musculatura del suelo pélvico, favoreciendo hipotonía, incontinencia urinaria de esfuerzo y dolor pélvico. (8)
- Baja autoestima en relación con la imagen corporal.(8)

Otros síntomas menos frecuentes incluyen: estreñimiento, incapacidad de realizar movimientos de flexión y torsión, insuficiencia del piso pélvico con prolapso de órganos pélvicos e incontinencia fecal.(8)

III.c.7. Tratamiento

Las opciones terapéuticas para la diástasis abdominal varían desde intervenciones conservadoras hasta procedimientos quirúrgicos. (2)

III.c.7.1. Tratamiento conservador

III.c.7.1.1 Electroestimulación neuromuscular

La estimulación eléctrica neuromuscular (NMES) consiste en la aplicación de corriente eléctrica para provocar la contracción de un músculo. En los últimos años, su uso ha crecido significativamente debido a su eficacia en el fortalecimiento muscular, tanto en terapia ortopédica como en rehabilitación neurológica. Las contracciones musculares inducidas por la NMES activan una mayor proporción de fibras musculares tipo II en comparación con el ejercicio voluntario a una intensidad similar, ya que estas fibras generalmente solo se activan durante contracciones voluntarias de alta intensidad. La aplicación de NMES ha demostrado además reducir variables antropométricas, como la circunferencia abdominal, y la distancia interrectal (IRD), acompañándose de una mejora significativa en la fuerza muscular abdominal. (10)

III.c.7.1.2. Kinesio taping

Entre los tratamientos no quirúrgicos para la DRA, el Kinesio Taping (KT) ha ganado popularidad debido a su naturaleza no invasiva y a sus múltiples beneficios. Esta técnica, desarrollada por el quiropráctico japonés Kenzo Kase, consiste en la aplicación de cintas elásticas que elevan la piel o el tejido subcutáneo, aumentando el espacio subcutáneo y mejorando la circulación sanguínea y linfática local. Además, induce efectos mecánicos y neurofisiológicos que favorecen la recuperación muscular, la restauración de la función motora y la propiocepción. En el contexto de la DRA, el KT proporciona una tensión continua que ayuda a mantener los músculos separados en su posición correcta y ejerce efectos de remodelación sobre la piel y la fascia, favoreciendo la función de la pared abdominal. (15)

III.c.7.1.3. Ejercicios postparto

A la mayoría de las mujeres en el período posparto se les recomienda participar en programas de ejercicio con el objetivo de recuperar su figura y condición física. La base de los programas de fortalecimiento abdominal radica en la hipótesis de que la contracción simultánea de todos los músculos abdominales puede reducir el

diámetro horizontal del abdomen, generando una fuerza que disminuya la distancia entre ambos músculos rectos abdominales, especialmente a nivel del ombligo. (16)

Entre las estrategias más utilizadas se encuentran los ejercicios hipopresivos, que consisten en técnicas posturales con reducción de la presión intraabdominal y respiración en apnea. Estos ejercicios han demostrado beneficios potenciales en el posparto, incluyendo la mejora de la diástasis de los rectos abdominales, recuperación postural, reducción del dolor lumbar y del perímetro abdominal, recolocación visceral, mejora de la circulación y del tránsito intestinal, disminución de la incontinencia urinaria, prevención de la depresión postparto y aumento de la confianza en la mujer. (17)

III.c.7.1.4. Acupuntura

Como terapia alternativa a nivel mundial, la acupuntura ha recibido amplia atención en la prevención y el tratamiento de problemas relacionados con el embarazo y el parto. La acupuntura tiene sus raíces en una práctica compleja, centrada en la inserción de agujas, cuya eficacia puede potenciarse cuando se combina con la estimulación eléctrica (Electroacupuntura). La electroacupuntura aplica estimulación eléctrica a las agujas de acupuntura, lo que genera una mejor excitabilidad del tejido y ajusta el equilibrio mecánico del grupo de músculos abdominales postparto. (18)

III.c.7.2. Tratamiento quirúrgico

Las indicaciones para la corrección quirúrgica de la diástasis de los rectos abdominales (DRA) dependen del contexto clínico. Diversos autores señalan que la protrusión abdominal constituye un criterio más relevante que la mera distancia de separación muscular para decidir la reparación.(7)

En general, los defectos de gran tamaño pueden ser candidatos a cirugía si se acompañan de síntomas significativos, mientras que la corrección de diástasis menores continúa siendo un tema de debate. En mujeres cuya diástasis no se resuelve durante el período posparto, especialmente aquellas con pérdida de masa muscular abdominal tras embarazos múltiples, la reparación quirúrgica puede aportar beneficios funcionales, como la mejora de la función pulmonar y de la estabilidad de la pared abdominal.(7)

Existen tres abordajes principales: plicatura de la línea alba, plicatura con refuerzo de malla y abdominoplastia. Las dos primeras pueden realizarse mediante abordaje abierto o endoscópico, mientras que la abdominoplastia se efectúa exclusivamente por vía abierta. La plicatura aislada suele ser suficiente en la mayoría

de los casos, pero en presencia de laxitud generalizada de la pared abdominal, la abdominoplastia constituye la opción más indicada.(8)

En pacientes con exceso de piel y tejido adiposo, se prefiere un abordaje mediante abdominoplastia, que puede ser hasta el ombligo (miniabdominoplastia) o hasta la apófisis xifoides (abdominoplastia completa), permitiendo corregir la porción inferior sobrante del abdomen. Cuando es necesario tratar la piel mediante dermolipectomía, la técnica de elección es el abordaje abierto. En cambio, en pacientes sin exceso cutáneo significativo, se prefiere el abordaje endoscópico para la reparación de la diástasis.(8)

IV. JUSTIFICACIÓN

La diástasis abdominal es una condición frecuente en mujeres durante el periodo postparto. Sin embargo, a pesar de su alta prevalencia, sigue siendo una patología poco conocida, y la información disponible sobre su abordaje terapéutico es limitada. La falta de evidencia clara y la variabilidad en los protocolos de intervención resaltan la necesidad de profundizar en la investigación sobre el tema.

Esta alteración no sólo tiene implicancias estéticas, como la protrusión persistente del abdomen, sino también consecuencias funcionales, entre ellas disminución de la estabilidad lumbopélvica, alteración de la postura, dolor lumbar y mayor riesgo de hernias de línea media. Tales repercusiones pueden afectar la calidad de vida y limitar la reintegración de la mujer a sus actividades habituales, tanto domésticas como laborales o deportivas.

En este sentido, revisar la literatura científica en torno a cómo las intervenciones kinésicas en el postparto podrían influir en la evolución de la diástasis abdominal permitiría orientar la toma de decisiones por parte de los profesionales, contribuyendo no sólo a la recuperación estética, sino también a la prevención de complicaciones funcionales a corto y largo plazo, mejorando así la calidad de atención brindada a estas mujeres.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica sobre artículos científicos que incluyan a mujeres con diástasis abdominal que atraviesan el periodo postparto sometidas a un programa kinésico. Se consultará en PubMed y Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Periodo de publicación a consultar: últimos 10 años. (Tabla 1)

Tabla 1. Términos de búsqueda en las bases de datos.

N°	Palabra clave	Término DeCS	Término MeSH	Término libre
#1	Diástasis abdominal	Diástasis abdominal	Diastasis, Muscle	
#2	Fisioterapia	Modalidades de Fisioterapia	Physical Therapy Modalities	
#3	Periodo postparto	Periodo postparto	Pospartum Period	
#4	Rectos del Abdomen	Recto Del Abdomen	Rectus Abdominis	
#5	Kinesiotaping	Cinta Atlética	Athletic Tape	
#6	Ejercicios hipopresivos			Hypopressive abdominal gymnastics. Ejercicios hipopresivos.
#7	Electroestimulación Neuromuscular			Neuromuscular electrical stimulation. Electroestimulación neuromuscular.

#8	Acupuntura	Acupuntura	Acupunture	
----	------------	------------	------------	--

Dichos términos fueron combinados de la siguiente forma:

COMBINACIÓN	TÉRMINO	CONECTOR	TÉRMINO	CONECTOR	TÉRMINO
#1	Diastasis, Muscle	AND	Physical Therapy Modalities		
#2	Diastasis, Muscle	AND	Physical Therapy Modalities	AND	Postrapartum Period
#3	Postrapartum Period	AND	Rectus Abdominis		
#4	Diastasis, Muscle	AND	Athletic Tape		
#5	Diastasis, Muscle	AND	Hypopressive abdominal gymnastics.		
#6	Diastasis, Muscle	AND	Neuromuscular electrical stimulation.		
#7	Diastasis, Muscle	AND	Acupunture		

Criterios de inclusión y exclusión de los artículos científicos:

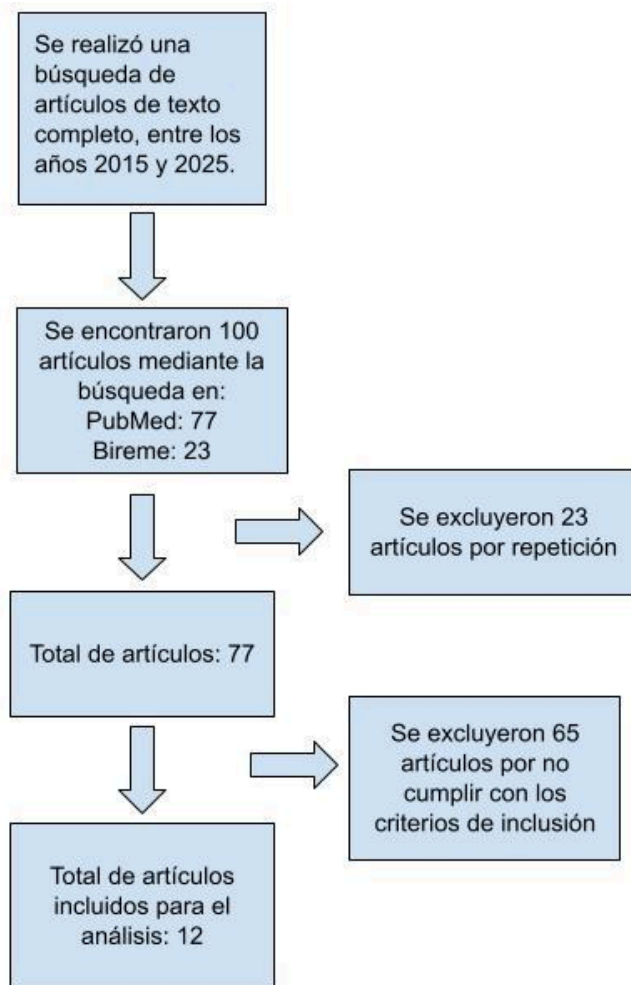
Los **criterios de inclusión** de los artículos recuperados fueron:

- Artículos originales que tratan sobre tratamiento kinésico (conservador) en mujeres con diástasis abdominal que atraviesan el periodo postparto.
- Artículos publicados entre los años 2015-2025.
- Idioma: Español, Inglés o Portugués.

Los **criterios de exclusión** fueron:

- Artículos que tratan sobre tratamiento quirúrgico en estas pacientes.
- Artículos que tratan sobre mujeres que están atravesando el embarazo.

Diagrama de flujo



VI. RESULTADOS

Autor	Título y año	Diseño	Población	Intervención	Variables	Resultados
Kamel, D et al.	Neuromuscular Electrical Stimulation and Strength Recovery of Postnatal Diastasis Recti Abdominis Muscles 2017.	Ensayo clínico aleatorizado.	57 mujeres, a los 2 meses del postparto.	<p>Grupo A (29): recibió NMES + ejercicios abdominales.</p> <p>Grupo B (28): recibió sólo ejercicios abdominales.</p> <p>La intervención en ambos grupos se realizó 3 veces por semana, durante 8 semanas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - IMC - Relación cintura/cadera - Distancia interrectos (transductor ultrasónico) - Fuerza muscular abdominal en términos de torque pico, trabajo total en repeticiones máximas y potencia promedio (dispositivo isocinético) 	<p>En las comparaciones intragrupo, ambos grupos mostraron una mejora altamente significativa ($p < 0,05$) en todas las variables evaluadas.</p> <p>Las comparaciones entre grupos, mostraron una mejora significativa ($p < 0,05$) en todos los parámetros a favor del grupo A, excepto en el IMC.</p>
Thabet, AA et al.	Efficacy of deep core stability exercise program in postpartum women with diastasis recti abdominis: a randomised controlled trial. 2019	Ensayo clínico aleatorizado.	40 mujeres con diástasis de rectos, de entre 23 y 33 años.	Grupo intervención (n 20): programa de fortalecimiento del core profundo combinado con ejercicios abdominales tradicionales, tres veces por semana, durante un total de 8 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> - Distancia interrectos (calibradores digitales de nailon) - Calidad de vida con la Escala de Función Física (PF10) 	<p>- Dentro de cada grupo: Ambos grupos mostraron una disminución significativa ($p < 0.0001$) en la distancia interrectos, aunque de menor magnitud en el grupo control.</p>

				Grupo control (n20): realizaron únicamente ejercicios abdominales tradicionales, también tres veces por semana durante 8 semanas.		<p>-Entre ambos grupos: Pretratamiento: no hubo diferencias. Postratamiento: hubo una diferencia significativa, favoreciendo al grupo de intervención.</p> <p>-Al concluir el tratamiento, se observó una diferencia significativa en los valores medios de calidad de vida, favoreciendo al grupo de intervención.</p>
Simpson, E et al.	Effectiveness of Early Postpartum Rectus Abdominis versus Transversus Abdominis Training in Patients with Diastasis of the Rectus Abdominis Muscles: A Pilot Randomized Controlled Trial. 2021.	Ensayo clínico aleatorizado.	44 mujeres con DRA tras parto vaginal (distancia interrectos \geq 30 mm medida con calibrador digital).	<p>Grupo de tratamiento estándar (n 21): realizó un ejercicio de activación del TrA de 5 seg en decúbito crook (DS con cadera y rodillas flexionadas).</p> <p>Grupo experimental (n 23): realizó un ejercicio de crunch de 1 seg para el recto abdominal.</p> <p>La dosis fue de 1 a 10 rep. al inicio y de 1 a 20 a las 6 sem., 2 veces al día, al menos 5 días por semana, ajustada según</p>	<p>- Distancia interrectos (calibrador digital)</p> <p>- APFQ (Australian Pelvic Floor Questionnaire)</p>	<p>-El grupo experimental (RA) logró una mayor reducción de la distancia interrectos a las 6 semanas (por encima y por debajo del ombligo) y a las 12 semanas (por encima, por debajo y en el ombligo).</p> <p>-APFQ: a las 6 semanas, el grupo TrA mostró ligeramente mejor función vesical. No hubo diferencias consistentes en las subescalas de intestino, prolapso o función sexual, ni a las 6 ni a las 12</p>

				la capacidad individual de cada participante.		semanas.
Saleem, Z et al.	Effect of Exercise on Inter-Recti Distance and Associated Low Back Pain Among Post-Partum Females: A Randomized Controlled Trial. 2021.	Ensayo controlado aleatorizado.	40 mujeres jóvenes posparto en un centro de salud comunitario.	<p>Grupo A: recibió un protocolo de entrenamiento de abdominales tipo crunch, fortalecimiento estático de glúteos, Kegels y ejercicios isométricos de fortalecimiento de espalda.</p> <p>Grupo B: realizó un protocolo de elevación de doble pierna recta, fortalecimiento estático de glúteos, Kegels y ejercicios isométricos de fortalecimiento de espalda.</p> <p>Duración: 6 semanas.</p>	<p>- Distancia interrectos (con palpación y calibradores digitales de nailon)</p> <p>- Dolor lumbar bajo (índice de discapacidad de Oswestry)</p>	<p><u>Palpación:</u> el Grupo A mostró una mejora en la DIR con una diferencia media de $1,95 \pm 0,4$, mientras que en el Grupo B fue de $2,85 \pm 0,35$.</p> <p><u>Calibrador digital:</u> la diferencia media de DIR en el grupo A fue de $4,06 \pm 0,74$ y en el grupo B fue de $1,2 \pm 0,49$.</p> <p><u>ODI:</u> los puntajes de ODI del Grupo A fueron de $2,70 \pm 1,05$, mientras que en el Grupo B fueron de $1,1 \pm 0,06$, mostrando que el dolor lumbar se redujo en las participantes que realizaron el ejercicio de abdominal crunch.</p>
Pampolim, G et al.	Atuação fisioterapêutica na redução da diástase abdominal no puerpério imediato.	Ensayo clínico aleatorizado.	50 puérperas en el período posparto inmediato (6 horas después del	Grupo control (n=25)	- Diástasis abdominal supraumbilical (calibrador digital)	-Se observó una disminución de la diástasis abdominal entre la primera evaluación (6 hs después

	2021.		parto), mayores de 18 años.	<p>Grupo de tratamiento (n=25). 2 sesiones al día. 1er sesión: 10 rep. de c/ ejercicio. 2da sesión: 20 rep. de c/ ejercicio.</p> <p>1er ej: posición supina, con las rodillas y caderas flexionadas, pies apoyados en la cama y una almohada entre las rodillas. Se le pidió que realizara la aducción de cadera, asociada con la contracción isométrica del suelo pélvico.</p> <p>2do ej: contracción isométrica de los músculos abdominales, en particular del TrA, con retroalimentación manual del investigador en la región abdominal inferior.</p> <p>3er ej: contracción isotónica de los músculos abdominales</p>	- Diástasis abdominal infraumbilical (calibrador digital)	<p>del parto) y la última evaluación (18 hs después del parto) en ambos grupos individualmente y en ambas variables analizadas.</p> <p>-Sin embargo, en el análisis entre los grupos, se identificó que en el grupo de tratamiento, la disminución de la diástasis abdominal supraumbilical fue más pronunciada, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).</p>
--	-------	--	-----------------------------	---	---	---

				oblicuos mediante flexión anterior combinada con rotación del tronco, de modo que el borde inferior de la escápula se retirara del contacto con la cama.		
--	--	--	--	--	--	--

<p>Ramírez-Jiménez, M et al.</p>	<p>Effects of hypopressive exercises on post-partum abdominal diastasis, trunk circumference, and mechanical properties of abdominopelvic tissues: a case series. 2021.</p>	<p>Serie de casos.</p>	<p>12 voluntarias con diástasis abdominal y más de dos meses de posparto (parto vaginal).</p>	<p>Asistieron a un programa de ejercicios hipopresivos de 4 sem, 3 veces x sem (12 sesiones en total) de 30' c/u. Un fisioterapeuta especializado en fisioterapia pélvica supervisó todas las sesiones de ejercicio y las participantes realizaron los ejercicios con la ayuda de un metrónomo y un sistema de retroalimentación en tiempo real.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - DIR (calibrador digital) - Circunferencia abdominal (cinta métrica) - Expansión respiratoria en espiración e inspiración (cinta métrica) - Propiedades mecánicas de los tejidos abdominales: (LA, transverso del abdomen y oblicuo interno) y músculos del suelo pélvico. 	<ul style="list-style-type: none"> -DIR: mostró diferencias estadísticas en todas las evaluaciones en los cuatro puntos de evaluación ($p < 0,05$). A los 2 meses también se observó una disminución de la DIR, aunque esta sólo fue estadísticamente significativa a los 3 cm supraumbilicales. -La circunferencia abdominal aumentó después de la realización de EH. - La expansión respiratoria del tórax disminuyó. - La tensión y la rigidez de la línea alba (LA) disminuyeron. - La tensión y la elasticidad del transverso del abdomen/oblicuo interno (TA/OI) y del SP, así como la elasticidad del SP, también disminuyeron después del período de intervención.
----------------------------------	---	------------------------	---	--	--	---

<p>Kim, S et al.</p>	<p>The Effect of Core Exercise Using Online Videoconferencing Platform and Offline-Based Intervention in Postpartum Woman with Diastasis Recti Abdominis. 2022.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado.</p>	<p>37 mujeres con diástasis de rectos abdominales entre 6 meses y 1 año posparto.</p>	<p>Grupo en línea (n= 19): realizó sesiones de 40 minutos de ejercicios de estabilización del tronco, 2 veces por semana, durante 6 semanas a través de la plataforma de videoconferencia.</p> <p>Grupo presencial (n= 18): el grupo presencial asistió al mismo programa de manera presencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Distancia interrectos - Grosor muscular - Resistencia estática del tronco - Calidad de vida materna 	<p>-La distancia interrectos (DIR) mostró una disminución significativa en ambos grupos. No se observaron diferencias significativas entre los grupos.</p> <p>-El grosor de los músculos presentó un aumento significativo en ambos grupos, pero solo se observó diferencia entre los grupos para el recto abdominal izquierdo.</p> <p>-Resistencia estática del tronco: ambos grupos presentaron incrementos estadísticamente significativos después del experimento ($p < 0,001$) en comparación con los valores previos.</p> <p>-Calidad de vida materna: la mayor mejora se observó en las áreas de salud y funcionalidad.</p>
----------------------	---	--	---	---	--	--

Liu, Y et al.	Efficacy of electro-acupuncture in postpartum with diastasis recti abdominis: A randomized controlled clinical trial 2022.	Ensayo clínico controlado aleatorizado.	106 mujeres, de 20 a 45 años con DRA desde 42 días hasta 1 año después del parto.	<p>Grupo de electroacupuntura (EA) (n=54): recibió 10 sesiones de EA combinadas con ejercicio físico. 30 min., 1 vez al día, 5 veces a la semana durante 2 semanas (10 sesiones).</p> <p>Grupo control (n=52): recibió solo ejercicio físico (20 min en total, una vez al día, 5 veces a la semana durante 2 semanas).</p>	<p>-Distancia interrectos (ecografía)</p> <p>-Elasticidad de la línea alba (elastografía)</p> <p>-Disfunción sexual</p> <p>-Otros síntomas</p>	<p>-La DIR se redujo en ambos grupos en comparación con los valores previos al tratamiento, con significación estadística ($P < 0,05$).</p> <p>-En la semana 26, la media del DIR en la línea horizontal del ombligo con la cabeza erguida y las rodillas flexionadas fue menor en el grupo de EA que en el grupo control, y la diferencia fue estadísticamente significativa ($P < 0,05$).</p> <p>-El grupo de EA fue superior al grupo de control en la mejoría de la elasticidad de la LA en la semana 2 y la semana 26 ($P < 0,05$).</p> <p>- El grupo de EA fue mejor que el grupo control en la mejoría de la disfunción sexual en la semana 26, y la diferencia fue</p>
---------------	--	---	---	--	--	--

						estadísticamente significativa ($P < 0.05$). -El estreñimiento, el dolor pélvico crónico y la fuga, frecuencia y urgencia urinaria, no fueron estadísticamente significativos ($P > 0.05$) en la sem 26.
Lee, N et al.	Effects of Pilates on inter-recti distance, thickness of rectus abdominis, waist circumference and abdominal muscle endurance in primiparous women. 2023.	Ensayo controlado aleatorizado.	35 mujeres primíparas posparto.	Grupo de ejercicio (n 20): realizó pilates durante 50 min. al día, 5 días a la semana, durante 4 semanas. Grupo de control (n 15): mantuvo sus actividades diarias sin ninguna intervención.	- Distancia interrectos - Grosor del recto del abdomen - Resistencia de los músculos abdominales - Circunferencia de la cintura	El grupo de ejercicio mostró mejoras significativas con respecto al inicio en la distancia interrectos, la circunferencia de la cintura y la resistencia de los músculos abdominales ($p < 0.05$), pero no se observaron diferencias en el grosor del músculo recto abdominal. El grupo de control no mostró una mejora significativa en estas variables.
Gluppe, SB et al.	Curl-up exercises improve abdominal muscle strength without worsening	Ensayo controlado aleatorizado.	70 mujeres primíparas o multíparas de 6 a 12 meses	Grupo experimental (n= 35): programa de ejercicios estandarizado de 12 semanas que	1- Distancia interrectos 2- Observación clínica de la diástasis	1- La DIR media disminuyó desde el inicio hasta la sem.12 para todas las mediciones en ambos

	<p>inter-recti distance in women with diastasis recti abdominis postpartum: a randomised controlled trial. 2023.</p>		<p>posparto, que tuvieron un embarazo único o múltiple luego de cualquier modo de parto, con diagnóstico de DRA (IRD > 28 mm en reposo o > 25 mm durante un curl-up).</p>	<p>incluía elevaciones de cabeza, abdominales y abdominales con torsión, 5 días a la semana.</p> <p>Grupo control (n=35): no recibió ninguna intervención.</p>	<p>3- Cambio percibido de la condición con la Escala de Calificación Global del Cambio</p> <p>4- Fuerza y resistencia muscular abdominal</p> <p>5- Grosor del recto abdominal</p> <p>6- Trastornos del suelo pélvico, lumbalgia, dolor en la cintura pélvica y dolor abdominal</p>	<p>grupos, sin diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de ejercicio y el de control ($p > 0.05$).</p> <p>2- No se pudo determinar con certeza si la intervención experimental tuvo algún efecto sobre el movimiento del abdomen durante una flexión.</p> <p>3- En la semana 12, el 61% del grupo experimental y el 43% del grupo control informaron una mejoría en la DRA.</p> <p>4- El grupo experimental mejoró su fuerza isométrica máxima más que el grupo control.</p> <p>5-El grupo experimental mejoró el grosor del recto abdominal más que el grupo control, con una diferencia media de 0,7 mm.</p> <p>6-Todos los efectos fueron tan pequeños que</p>
--	--	--	---	--	--	---

						resultaron clínicamente insignificantes.
Soto-González, M et al.	Effect of hypopressive and conventional abdominal exercises on postpartum diastasis recti: A randomized controlled trial. 2024.	Ensayo clínico aleatorizado.	28 mujeres que tuvieron parto vaginal al menos 8 semanas antes de la primera medición.	<p>Grupo de EH (n 14): El programa de EH consistió en un programa estándar. La progresión se realizó aumentando el tiempo en apnea.</p> <p>Grupo de EAC (n 14): Sits up, planchas, elevación de piernas, ejercicios en cuadrupedia.</p> <p>Duración: 6 semanas (12 sesiones).</p>	- Distancia interrectos (ecografía)	<p>- Ambos programas lograron reducir la separación tanto a 2 cm como a 5 cm por encima del ombligo.</p> <p>- No se encontraron diferencias significativas entre los grupos.</p>

<p>Shi, W et al.</p>	<p>Preliminary study of Kinesio Taping in rectus abdominis diastasis treatment and abdominal circumference improvement in postpartum women: a retrospective study. 2024</p>	<p>Estudio retrospectivo</p>	<p>138 mujeres que recibieron vendaje neuromuscular para la separación posparto de los rectos abdominales y que cumplían con los criterios de inclusión.</p> <p>1-Mujeres de 20 a 46 años. 2-RAD \geq 2 cm en al menos uno de los tres sitios evaluados. 3-Al menos 3 sesiones de KT.</p>	<p>Se utilizó el vendaje de la Green Clinic, de 5 cm x 500 cm, para el tratamiento con KT. El KT se aplicó cruzando el parche, tomando como punto de anclaje el borde externo del músculo recto abdominal para el abdomen inferior, medio y superior. Se utilizó una tensión del 30–50 % para aplicar presión abdominal.</p> <p>El tratamiento se realizó 2 veces por semana, con cada aplicación de 48 hs de duración, seguida de un intervalo de 1 día, durante más de 2 semanas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ancho de la DRA. - Circunferencia abdominal - Distancia desde el apéndice xifoides hasta el ombligo. - Distancia desde el ombligo hasta la sínfisis púbica 	<p>El ancho de la DRA y la circunferencia abdominal mostraron una tendencia significativa a la disminución después del segundo tratamiento, mientras que la distancia desde el apéndice xifoides hasta el ombligo en el abdomen anterior mostró una tendencia a la disminución después del tercer tratamiento, sin cambios significativos en la distancia desde el ombligo hasta la sínfisis púbica.</p>
----------------------	---	------------------------------	--	---	---	--

Tabla 1. Características de los estudios incluidos.

Estudio	Tipo de intervención	Muestra (n)	Frecuencia	Duración	Momento postparto	Metodo de medición de la DIR
Kamel, 2017	NEMS+abd vs abd	57	3 sesiones/sem	8 sem	2 meses	Ultrasonido
Thabet, 2019	Core profundo vs abdominales tradicionales	40	3 sesiones/sem	8 sem	Entre 3 y 6 meses	Calibradores digitales
Simpson, 2021	TrA vs RA	44	5 sesiones/sem (2/día)	12 sem	Entre 1.5 y 3 meses	Calibradores digitales
Saleem, 2021	Crunch vs elevación de doble pierna recta	40	3 sesiones/sem	6 sem	3 meses	Palpación y calibradores digitales
Pampolim, 2021	TrA, SP y abdominales convencionales	50	2 sesiones/día	1 día	6 horas	Calibradores digitales
Ramírez-Jiménez, 2021	Hipopresivos	12	3 sesiones/sem	4 sem	+2 meses	Calibradores digitales
Kim, 2022	Ej de estabilización del tronco	37	2 sesiones/sem	6 sem	Entre 6 y 12 meses	Ultrasonido
Liu, 2022.	Electroacupuntura	106	5 sesiones/sem	2 sem	Entre 42 días y 1 año	Ultrasonido
Lee, 2023.	Pilates	35	5 sesiones/sem	4 sem	Entre 2 y 12 meses	Ultrasonido
Gluppe, 2023.	Abdominales Convencionales (Curl-ups y Torsión)	70	5 sesiones/sem	12 sem	Entre 6 y 12 meses	Ultrasonido
Soto-González, 2024	Hipopresivos vs abdominales convencionales	28	2 sesiones/sem.	6 sem	+2 meses	Ultrasonido

Shi, 2024	Kinesiotaping	138	2 sesiones/sem	+2 sem	No específica	Regla abdominal
-----------	---------------	-----	----------------	--------	---------------	-----------------

Los estudios incluidos presentaron heterogeneidad no solo en el tipo de intervención, sino también en su dosificación, observándose variabilidad en la frecuencia de aplicación, duración de los programas y número total de sesiones.

VI.1 Distribución de las intervenciones estudiadas

Se incluyeron un total de 12 estudios que evaluaron distintas intervenciones kinésicas en mujeres que atraviesan el período posparto con diástasis abdominal. En la **Figura 1** se presenta la distribución de dichas investigaciones según el tipo de intervención evaluada. Se observa que el ejercicio terapéutico —centrado en el fortalecimiento del core profundo y abdominales convencionales— fue el abordaje más predominante con 6 estudios. Asimismo, se identificaron 2 investigaciones enfocadas en ejercicios hipopresivos. En menor proporción, se incluyeron técnicas complementarias como el kinesiotaping, la electroestimulación y la electroacupuntura, con 1 estudio dedicado a cada una de ellas.

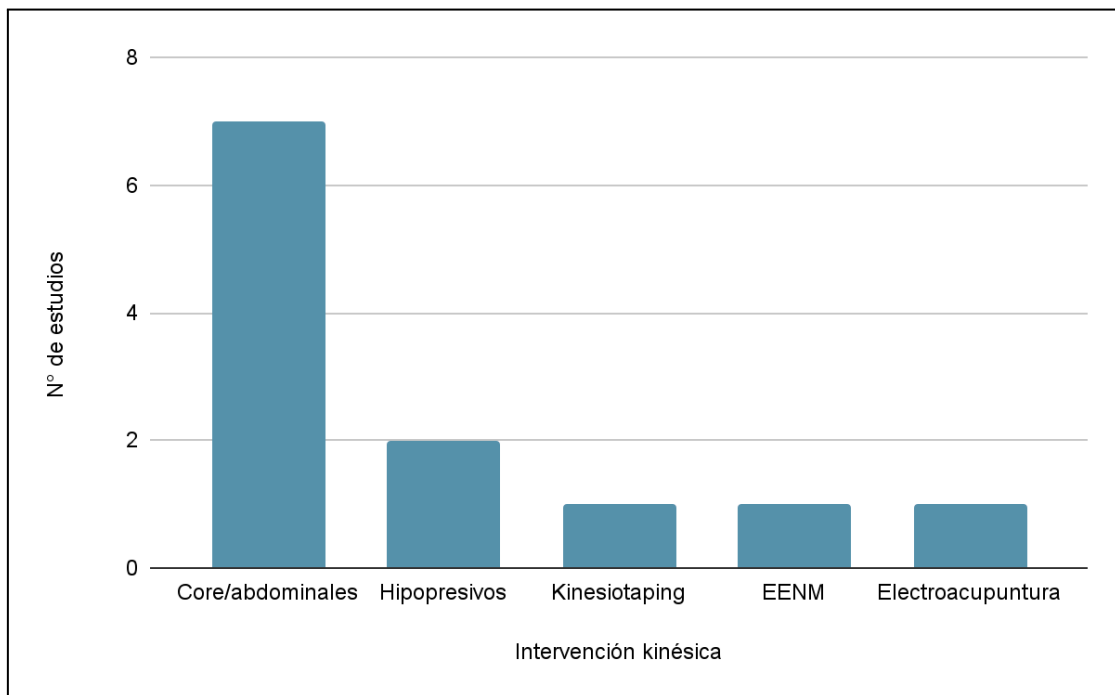


Figura 1. Distribución de los estudios según el tipo de intervención kinésica.

VI.2. Resultados según variables analizadas

En cuanto a las variables analizadas, la variable más frecuentemente evaluada fue la distancia interrectos. Asimismo, algunos estudios analizaron variables funcionales como el dolor lumbar y la calidad de vida. Por otro lado, otros evaluaron variables antropométricas como la circunferencia abdominal, la relación cintura–cadera y el índice de masa corporal (IMC), así como variables estructurales de la pared abdominal, incluyendo las características de la línea alba.

VI.2.1. Distancia interrectos

En relación con el análisis de la variable principal, la Figura 2 resume la significancia estadística comparativa de la distancia interrectos entre los grupos de tratamiento incluidos en el análisis. De los 12 estudios analizados, 7 mostraron una diferencia estadísticamente significativa. Los estudios de Ramírez-Jiménez et al. y Shi et al. no fueron incluidos en la Figura 2 debido a que sus diseños metodológicos no contemplaron una comparación entre grupos con análisis de significancia intergrupala.

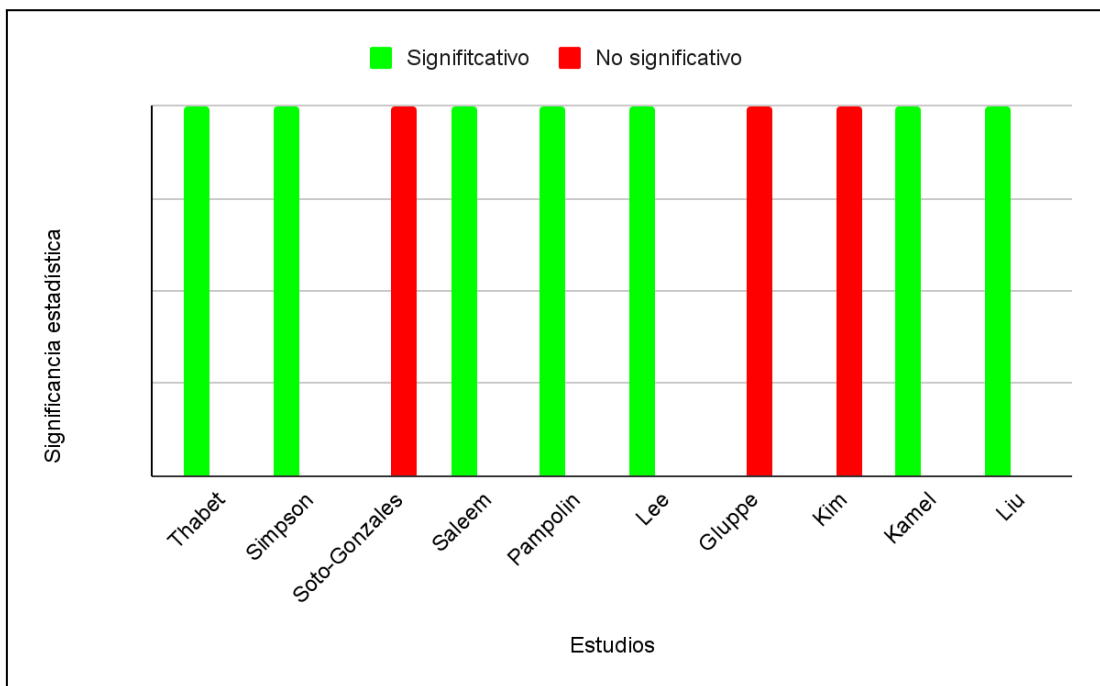


Figura 2. Diferencia intergrupala en la distancia interrectos reportada por los estudios seleccionados.

Nota: el estudio de *Pampolim* et al. reportó diferencias significativas solo en la región supraumbilical ($p < 0.001$), sin cambios en la región infraumbilical ($p = 0.55$).

En relación a la distancia interrectos (DIR), la evidencia analizada indica una reducción generalizada tras la aplicación del ejercicio terapéutico. Respecto a las estrategias que integran diferentes tipos de ejercicios, los hallazgos de Thabet et al., indican que tanto el fortalecimiento del core profundo combinado con abdominales tradicionales, como los ejercicios abdominales tradicionales realizado de manera aislada lograron reducciones significativas de la DIR ($p < 0.0001$), aunque la magnitud de la disminución fue mayor en el grupo de intervención combinada. (19) De manera similar, Lee et al. reportó mejoras significativas ($p < 0.05$) tras la implementación de un programa de Pilates que asoció la estabilización pélvica y la contracción isométrica del transverso del abdomen con una progresión de ejercicios como puentes y abdominales. (20)

En cuanto a los ejercicios específicos, en su estudio, Simpson et al, observó que el grupo que realizó ejercicio para el recto abdominal (crunch) logró una mayor reducción de la distancia interrectos a las 6 semanas (por encima y por debajo del ombligo) y, a las 12 semanas (por encima, por debajo y en el ombligo) que el grupo que realizó ejercicio de activación del transverso del abdomen.(21) Por su parte, en el estudio de Saleem et al. los grupos realizaron un protocolo de ejercicios de fortalecimiento estático de glúteos, Kegels y ejercicios isométricos de fortalecimiento de espalda. El grupo A realizó además el ejercicio crunch abdominal mientras que el grupo B realizó el ejercicio de elevación de doble pierna recta. Al utilizar el calibrador digital como método de medición, se observó que el grupo que realizó los ejercicios de crunch abdominal logró una reducción significativamente mayor de la distancia interrectos en comparación con el grupo de elevación de piernas.(22) Por el contrario, el estudio de Gluppe SB. et al. reportó que, si bien la distancia interrectos media disminuyó en ambos grupos hacia la semana 12, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) entre las mujeres que realizaron el programa de ejercicios y aquellas que integraron el grupo control.

Respecto a la intervención a distancia, el estudio de Kim et al. comparó un programa de ejercicios de estabilización del tronco realizado de forma presencial frente a una modalidad online mediante videoconferencia. Los resultados indicaron una disminución significativa de la DIR en ambos grupos de intervención, sin observarse diferencias estadísticas entre ambas modalidades tras 6 semanas de tratamiento. (23)

Por otro lado, Pampolim et al. investigó el impacto de la intervención kinésica en el postparto inmediato (6 horas tras el parto). Su protocolo incluyó ejercicios de

contracción isométrica del transverso abdominal y del suelo pélvico, junto con ejercicios para los músculos oblicuos. Al evaluar los resultados, se observó que el grupo de tratamiento presentó una disminución de la diástasis abdominal supraumbilical significativamente más pronunciada que el grupo control ($p < 0,001$). (24)

Respecto a los ejercicios hipopresivos, la evidencia muestra resultados variables. El estudio de Ramírez-Jiménez et al. mostró una disminución de la DIR en distintos puntos de medición. No obstante, en el seguimiento realizado a los dos meses, dicha reducción sólo fue estadísticamente significativa a los 3 cm supraumbilicales.(25) Por otro lado, al comparar hipopresivos con ejercicios abdominales convencionales, Soto-González et al. reportó que ambos programas lograron reducir la DIR, sin observarse diferencias significativas entre las intervenciones al finalizar el tratamiento. (26)

Asimismo, algunos autores estudiaron la combinación de ejercicios terapéuticos con intervenciones pasivas. Kamel et al evaluó el efecto de la electroestimulación neuromuscular combinada con ejercicios abdominales frente a un grupo que realizó únicamente ejercicio, observando una mejora significativa ($p < 0.05$) a favor de la intervención combinada. (10) Mientras que Liu et al comparó la aplicación de electroacupuntura asociada a ejercicio físico frente al ejercicio aislado. Se reportó una reducción de la DIR con significancia estadística ($p < 0.05$) en ambos grupos de intervención al ser comparados con sus valores basales. No obstante, en la semana 26, el grupo que recibió electroacupuntura presentó una media de la DIR significativamente menor ($p < 0.05$) en comparación con el grupo control; este hallazgo se registró específicamente en la línea horizontal del ombligo durante la evaluación con cabeza erguida y rodillas flexionadas. (18)

Finalmente, en relación al uso de vendaje neuromuscular, Shi et al. observó una reducción de la DIR tras la aplicación de un protocolo de kinesiotaping. Los resultados indicaron que la intervención se asoció con una disminución de la DIR. (15)

VI.2.2. Variables funcionales y antropométricas

En relación a la variables funcionales, específicamente el dolor lumbar, Saleem et al ,que comparó el ejercicio tipo crunch con el ejercicio de elevación de doble pierna recta, reportó una disminución del dolor en el primer grupo, evaluada mediante el índice de discapacidad de Oswestry. (22)

Con respecto a la calidad de vida, Thabet et al. reportó mejoras en la calidad de vida, evaluada mediante la escala PF10, con una diferencia significativa en los valores medios de calidad de vida, favoreciendo al grupo que realizó el fortalecimiento del core profundo combinado con ejercicios abdominales, en comparación con el grupo que realizó ejercicios de forma aislada. (19)

Con respecto a la anatomía de la pared abdominal, algunos estudios evaluaron variables relacionadas con las propiedades mecánicas de la línea alba. Tras la intervención con ejercicios hipopresivos, Ramírez-Jiménez et al. reportó cambios en sus propiedades mecánicas posteriores a las intervenciones, incluyendo disminución de la tensión y rigidez. Asimismo, Liu et al. observó que el grupo tratado con electroacupuntura presentó una mejora en la elasticidad de la línea alba significativamente superior al grupo control, manteniendo dichos beneficios tanto en la semana 2 como en el seguimiento a la semana 26. (18,25)

En cuanto a las medidas antropométricas, se observaron resultados diversos según el parámetro evaluado. En el estudio de Kamel et al., se registró una mejora altamente significativa tanto en el IMC como en la relación cintura/cadera tras 8 semanas de tratamiento, tanto en el grupo que realizó ejercicios abdominales como en el que los combinó con NMES. Sin embargo, al realizar las comparaciones entre grupos, se observó una mejora significativa en todos los parámetros a favor del grupo de tratamiento combinado, excepto en el IMC, donde no se hallaron diferencias estadísticas entre ambas intervenciones. (10)

Por otro lado, la circunferencia de la cintura mostró una reducción significativa en el estudio de Lee et al. tras una intervención con Pilates.(20) En contraste, los estudios que midieron la circunferencia abdominal reportaron discrepancias en los hallazgos: mientras que Shi et al. observó una mejoría con el uso de Kinesiotaping, Ramírez-Jiménez et al. reportó que la circunferencia abdominal aumentó tras la realización de ejercicios hipopresivos.(15,25)

VII. DISCUSIÓN

El objetivo de la presente revisión bibliográfica fue analizar los efectos de programas kinésicos de intervención en el postparto para disminuir la separación de los rectos abdominales en mujeres adultas con diástasis abdominal.

Al contrastar las intervenciones analizadas, se observa una variabilidad en la estructura de los abordajes. Los estudios de Thabet, Ramírez Jiménez, Gluppe y Soto Gonzales optan por programas con parámetros de carga y frecuencia definidos, lo cual facilita la reproducibilidad científica. No obstante, la prevalencia de herramientas de abordaje utilizadas de forma aislada o combinadas en los demás artículos sugiere que la kinesiólogía actual tiende a una personalización del tratamiento, priorizando la integración de técnicas según la evolución clínica por sobre los protocolos rígidos.

Un hallazgo relevante derivado del análisis bibliográfico es la marcada heterogeneidad en la disponibilidad de estudios según el tipo de intervención. Se observó que el ejercicio terapéutico, ya sea mediante fortalecimiento del core profundo o ejercicios abdominales tradicionales concentra la mayor parte de la evidencia científica, lo que posiciona a la intervención activa como el abordaje más estudiado por la literatura actual para esta condición. Asimismo, los ejercicios hipopresivos estuvieron representados en menor proporción, con dos estudios incluidos, mostrando un interés creciente aunque todavía limitado dentro de la literatura disponible. En contraste, tratamientos pasivos, como la electroestimulación neuromuscular (EENM), la electroacupuntura (EA) y el kinesiotaping (KT), presentaron un número significativamente menor de publicaciones (solo un artículo de cada intervención pudo ser incluido en esta revisión). Esta diferencia cuantitativa evidencia una importante brecha de conocimiento que limita la posibilidad de establecer conclusiones sólidas sobre la eficacia de abordajes distintos al ejercicio terapéutico.

Por otra parte, la heterogeneidad de los estudios en cuanto a la duración, el momento de la intervención con respecto al parto, el tamaño de la muestra y las distintas herramientas de medición empleadas para evaluar la DIR, plantea un desafío para la estandarización de la práctica kinésica. La variabilidad en la duración de las intervenciones representa un factor limitante para establecer parámetros terapéuticos uniformes; mientras algunos autores evalúan el efecto inmediato de una técnica en una única sesión (Pampolim, 2021), otros analizan intervenciones de hasta 12 semanas de duración (Simpson, 2021; Gluppe, 2023). Esto impide determinar el tiempo necesario para generar cambios estructurales sostenidos a largo plazo. A esto se le suma la variabilidad en el momento en el que se inició la intervención kinésica con respecto al parto, que abarca desde el postparto inmediato hasta etapas tardías,

lo que complejiza la comparación de resultados, ya que en fases tempranas resulta difícil distinguir si la reducción de la diástasis responde a la técnica aplicada o al proceso natural de recuperación y aproximación tisular que ocurre espontáneamente después del parto.

De igual manera, las diferencias en el tamaño de la muestra y el uso de herramientas de medición —que oscilan desde la precisión de la ecografía hasta la subjetividad de la palpación digital— representan un obstáculo adicional a la hora de comparar objetivamente los resultados.

A pesar de las limitaciones metodológicas mencionadas, la presente revisión permite identificar una tendencia favorable al uso del ejercicio terapéutico como pilar del tratamiento. Esto sugiere que, independientemente de la variabilidad de los protocolos, la intervención kinésica activa se mantiene como la estrategia principal para el abordaje de la diástasis en la literatura actual.

VIII. CONCLUSIONES

En respuesta al interrogante de investigación planteado, la evidencia científica analizada sugiere que las intervenciones kinésicas pueden favorecer la disminución de la diástasis de los rectos abdominales en mujeres posparto. Tras el análisis de la literatura, se identifica una dualidad en la modalidad de los abordajes: por un lado, la existencia de programas de abordaje sistematizados con parámetros fijos —como se observa en los estudios de Thabet, Ramírez Jiménez, Gluppe y Soto Gonzales— y, por otro lado, el predominio de herramientas de abordaje aplicadas de manera aislada o combinada según el criterio clínico.

La evidencia revisada indica que el ejercicio físico es el abordaje conservador con mayor respaldo en la literatura analizada. En este sentido, la intervención activa combinada, que integra el fortalecimiento del core profundo con abdominales tradicionales, mostró mejores resultados que la aplicación de técnicas aisladas para reducir la distancia interrectos (DIR). Asimismo, la evidencia sugiere que el entrenamiento específico del recto abdominal mostró mayores efectos en la reducción de la DIR en comparación con el entrenamiento aislado del transverso, demostrando ser una estrategia segura para la recuperación anatómica.

En relación con el método Pilates, la evidencia identificada —limitada a un estudio— sugiere efectos favorables sobre la reducción de la distancia interrectos, la circunferencia abdominal y la resistencia muscular, aunque se requieren más investigaciones para consolidar estos hallazgos. En cuanto a los ejercicios hipopresivos, la evidencia disponible —limitada a dos estudios— también sugiere

efectos favorables sobre la reducción de la distancia interrectos; sin embargo, no se observaron ventajas frente a ejercicios abdominales convencionales, por lo que no puede inferirse superioridad de este abordaje sobre otras modalidades de ejercicio.

En relación con la electroestimulación neuromuscular, la electroacupuntura y el kinesiotaping, la evidencia identificada fue limitada, al encontrarse un único estudio para cada intervención. Si bien estos estudios reportaron resultados favorables y sugieren un potencial terapéutico como complemento del ejercicio activo o como herramienta de abordaje, la evidencia disponible resulta insuficiente para establecer conclusiones sólidas, por lo que se requieren futuras investigaciones para consolidar estos hallazgos.

Para concluir, la marcada heterogeneidad metodológica en cuanto a tiempos de inicio, duración de protocolos y herramientas de medición impide establecer, en la actualidad, un protocolo de tratamiento estandarizado. Por lo tanto, la evidencia analizada no permite definir un consenso terapéutico único para la diástasis de los rectos abdominales (DRA), ni formular recomendaciones claras respecto al tipo de intervención, la dosificación y la duración óptima de los tratamientos.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Michalska A, Rokita W, Wolder D, Pogorzelska J, Kaczmarczyk K. Diastasis recti abdominis — a review of treatment methods. *Ginekol Pol* [Internet]. 2018 [citado el 15 de may de 2025];89(2):97-101. Disponible en: https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/56088.
2. ElHawary H, Abdelhamid K, Meng F, Janis JE. A Comprehensive, Evidence-Based Literature Review of the Surgical Treatment of Rectus Diastasis. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2020 [citado el 18 de oct de 2025];146(5):1151-1164. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/PRS.0000000000007252>.
3. Cavalli M, Aiolfi A, Bruni PG, Manfredini L, Lombardo F, Bonfanti MT, et al. Prevalence and risk factors for diastasis recti abdominis: a review and proposal of a new anatomical variation. *Hernia* [Internet]. 2021 [citado el 18 de oct de 2025];25(4):883-890. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s10029-021-02468-8>
4. Espinosa de los Monteros A. Diástasis de músculos rectos. En: Carbonell Tatay F, Moreno Egea A. *Eventraciones: otras hernias de pared y cavidad abdominal*. 1a ed. Valencia: Asociación Española de Cirujanos; 2012. 317-319.
5. Mantle J, Haslam J, Barton S. *Physiotherapy in obstetrics and gynaecology*. 2nd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2004.
6. Cañamero de León S, Da Cuña Carrera I, De la Hoz González CA, Soto González M. . Comparación de los efectos de un programa de ejercicio sobre diastasis de rectos según el periodo postparto. *Med Natur* [Internet]. 2020 [citado el 18 de oct de 2025];14(1):53-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7248976>.
7. Bolívar-Rodríguez MA, Gaxiola-López CL, Servín-Urbe SD, Cázarez-Aguilar MA, Morgan-Ortiz F. Diástasis de músculos rectos abdominales. Revisión bibliográfica. *Rev Med UAS* [Internet] . 2023 [citado el 18 de oct de 2025];13(1):74-89. Disponible en: https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v13/n1/diastasis_ar.pdf.
8. Zorraquino González Á. Guía clínica de la diástasis de los músculos rectos del abdomen y pequeños defectos de la línea alba. *Rev Hispanoam Hernia* [Internet]. 2021 [citado el 18 de oct de 2025] . Disponible en: <https://hernia.grupoaran.com/articles/00446/show>.
9. De Oliveira LC, De Almeida LIM, Lucio MCF, Campos Júnior JFD, De Oliveira RG. Effects of conservative approaches for treating diastasis recti abdominis in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *Medicine* [Internet]. 2025 [citado 18 de octubre de 2025];104(23):e42723. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/MD.00000000000042723>.
10. Kamel DM, Yousif AM. Neuromuscular Electrical Stimulation and Strength Recovery of Postnatal Diastasis Recti Abdominis Muscles. *Ann Rehabil Med* [Internet]. 2017 [citado el 23 de jun de 2025];41(3):465. Disponible en: <http://e-arm.org/journal/view.php?doi=10.5535/arm.2017.41.3.465>.
11. Latarjet M. *Anatomía humana*. 4a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004.

12. Odula P, Kiama S, Hassanali J. Regional Variation in the Microscopy and Tensile Strength of the Linea Alba in the Baboon (*Papio Anubis*). *Rev Arg Anat Clin* [Internet]. 2016 [citado el 23 jun 2025]; 8(3): 126-134. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/anatclini/article/view/15640>
13. Manual básico de obstetricia y ginecología. 2ª ed. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional; 2017.
14. Ojukwu CP, Ezeigwe AU, Ezeigwe CF, Ugwuonye CL. Assessment of diastasis recti abdominis: Clinimetric properties of four measuring instruments. [Internet]. 2023 [citado el 6 de ago de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37929234/>.
15. Shi W, Niu X, Chen Y, Chen Y, Huang X, Yu X. Preliminary study of Kinesio Taping in rectus abdominis diastasis treatment and abdominal circumference improvement in postpartum women: a retrospective study. *Sci Rep* [Internet]. 2024 [citado 18 de oct de 2025];14(1):31272. Disponible en:
16. Pascoal AG, Dionisio S, Cordeiro F, Mota P. Inter-rectus distance in postpartum women can be reduced by isometric contraction of the abdominal muscles: a preliminary case-control study. *Physiotherapy* [Internet]. 2014 [citado 18 de oct de 2025];100(4):344-8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0031940614000157>.
17. Sánchez-García JC. Ejercicio abdominal hipopresivo en el posparto. *JONNPR* [Internet]. 2019 [citado 18 de oct de 2025]; 4(4): 409-421. Disponible en: <https://doi.org/10.19230/jonnpr.2951>.
18. Liu Y, Zhu Y, Jiang L, Lu C, Xiao L, Wang T, et al. Efficacy of electro-acupuncture in postpartum with diastasis recti abdominis: A randomized controlled clinical trial. *Front Public Health* [Internet]. 2022 [citado 27 de oct de 2025];10:1003361. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.1003361/full>.
19. Thabet AA, Alshehri MA. Efficacy of deep core stability exercise program in postpartum women with diastasis recti abdominis: a randomised controlled trial. *J Musculoskelet Neuronal Interact* [Internet]. 2019 [citado 27 de oct de 2025];19(1):62-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30839304/>.
20. Lee N, Bae YH, Fong SSM, Lee WH. Effects of Pilates on inter-recti distance, thickness of rectus abdominis, waist circumference and abdominal muscle endurance in primiparous women. *BMC Womens Health* [Internet]. 2023 [citado 27 de oct de 2025];23(1):626. Disponible en: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-023-02775-5>.
21. Simpson E, Hahne A. Effectiveness of Early Postpartum Rectus Abdominis versus Transversus Abdominis Training in Patients with Diastasis of the Rectus Abdominis Muscles: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Physiother Can* [Internet]. 2022 [citado 27 de oct de 2025];75(4):368-76. Disponible en: <https://utpjournals.press/doi/10.3138/ptc-2021-0111>.
22. Saleem Z, Khan AA, Farooqui SI, Yasmeen R, Rizvi J. Effect of Exercise on Inter-Recti Distance and Associated Low Back Pain Among Post-Partum Females; A Randomized Controlled Trial. *J Fam Reprod Health* [Internet]. 2021

[citado 27 de oct de 2025]];15(3):202-9. Disponible en: <http://publish.kne-publishing.com/index.php/JFRH/article/view/7139>.

23. Kim S, Yi D, Yim J. The Effect of Core Exercise Using Online Videoconferencing Platform and Offline-Based Intervention in Postpartum Woman with Diastasis Recti Abdominis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [citado el 10 de nov de 2025];19(12):7031. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/12/7031>.

24. Pampolim G, Dos Santos BR, Verzola IG, Ferres AM, Da Silva GBR, Sarmiento SS. Physiotherapy in the reduction of diastasis of the recti abdominis in immediate postpartum / Atuação fisioterapêutica na redução da diástase abdominal no puerpério imediato. *Rev Pesqui Cuid É Fundam Online* [Internet]. 2021 [[citado el 10 de nov de 2025];13:856-60. Disponible en: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9555>.

25. Ramírez-Jiménez M, Albuquerque-Sendín F, Garrido-Castro JL, Rodrigues-de-Souza D. Effects of hypopressive exercises on post-partum abdominal diastasis, trunk circumference, and mechanical properties of abdominopelvic tissues: a case series. *Physiother Theory Pract* [Internet] . 2023 [citado el 10 de nov de 2025];;39(1):49-60. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09593985.2021.2004630>.

26. Soto-González M, Da Cuña-Carrera I, Lantarón-Caeiro EM, Pascoal AG. Effect of hypopressive and conventional abdominal exercises on postpartum diastasis recti: A randomized controlled trial. ShahAli S, editor. *PLOS ONE*. [Internet] 2024 [citado el 10 de nov de 2025];19(12). Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0314274>.

27. Gluppe SB, Ellström Engh M, Bø K. Curl-up exercises improve abdominal muscle strength without worsening inter-recti distance in women with diastasis recti abdominis postpartum: a randomised controlled trial. *J Physiother* [Internet]. 2023 [citado el 10 de nov de 2025] ;69(3):160-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1836955323000528>.